

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA(O)

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
RUN _____ padre/madre o tutor de la menor _____
con domicilio _____
, correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud _____, por
propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una X)	Indique la dosis
Influenza	
Hepatitis B	
Meningococo	
DT:	
Rabia	
Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no Inmunizarlo/a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean sus contactos y aseguro haber sido informado/a de que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley Nº725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

***Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico

Padre/Madre o Tutor
RUN y firma

Funcionario de Salud
RUN y firma